New Brunswick

Nouveau-Brunswick

1984

REPORT OF THE CHIEF CORONER

RAPPORT DU CORONER EN CHEF

For the Period January 1st to December 31st, 1983

Pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1983

84- 3314 /

The Honourable Fernand G. Dubé, Q.C.
Minister of Justice
Fredericton, N.B.

Sir:

I have the honour to submit the twelfth Annual Report of the Chief Coroner for the year 1983 as required by Section 43 of the Coroners Act.

I have the honour to be,
Sir,
Your Obedient Servant,

Grant S. Garneau
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable Fernand G. Dubé, c.r.
Ministre de la Justice
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint le douzième rapport annuel du coroner en chef pour l'année 1983, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Grant S. Garneau
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

In New Brunswick the Coroner's System, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by four District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton, Saint John and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriff's System function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 22 lay coroners, 12 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; iii) was not under circumstances which may require an investigation). Exempt deaths are classified as natural deaths for statistical purposes. The Coroner's System is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such deaths are due to natural causes, accidents, suicides or homicide.

For investigational purposes the Coroner's System has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Crime Lab in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway Patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the initial investigation sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroner's System are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

Au Nouveau-Brunswick, le système des coroners relève du service de l'application des lois du ministère de la Justice, aux fins d'organisation et de gestion. Le coroner en chef est responsable de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de quatre coroners de district directement responsables de toutes les activités inhérentes à leur poste à l'intérieur de régions désignées dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton, Saint-Jean et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Un certain nombre de coroners non juristes sont nommés qui travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Douze des 22 coroners non juristes sont médecins-praticiens, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Dans la province, le seul cas où il ne soit pas nécessaire de prévenir le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin-praticien dûment qualifié (sauf si la mort survient: i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; ii) de façon soudaine ou inattendue; ou, iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Aux fins de statistique, ces décès sont classés dans la catégorie des morts naturelles. Par contre, les coroners doivent enquêter sur tous les décès qui leur sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et les "où, quand, comment et pourquoi" du décès. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel du service de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Aux fins d'enquête, les coroners peuvent faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire judiciaire de Sackville), à la police municipale et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick qui agissent chacun selon sa compétence. En outre, certains des décès signalés comportant des éléments de criminalité, l'enquête initiale relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux organismes. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock de même qu'à ceux du toxicologue provincial qui se trouve à Saint-Jean.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroner's System commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials. It is anticipated that the forensic service will eventually be expanded to include pathologists in the Bathurst area.

The concept of the purpose of the Coroner's System has changed greatly over the years. For many years a major emphasis was laid on the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. This naturally applies to industrial operations as well as hazardous vehicle and highway conditions.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroner's Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing posi-

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du premier janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme cas de "Type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. Si nécessaire, le médecin légiste provisoire peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes ont fait preuve pendant de nombreuses années d'un intérêt prononcé pour la médecine légale et de leur compétence comme témoins experts tant au cours d'enquêtes que durant les procès au criminel. On s'attend à ce que le service de médecine légale s'étende pour inclure un jour des pathologistes de la région de Bathurst.

Le concept de l'utilité du système des coroners a beaucoup évolué au cours des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi tant d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et dans bien des cas, il faut prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Cela s'applique évidemment tant au secteur industriel qu'aux conditions routières et aux véhicules dangereux.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreux facteurs en cause dans les cas de mort violente ou accidentelle. L'enquête revêt aussi de l'importance en ce sens qu'elle met l'accent sur des situations où il serait possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se produisent dans l'avenir. A cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin d'ordonner une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury du coroner, lors d'une enquête, aux personnes, organismes et ministères gouvernementaux concernés. Le coroner en chef ne peut forcer quelque personne ou

tion if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year co-operated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroner's System. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant certaines d'entre elles sont réellement suivies d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte, de la part des organisations concernées, de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application des lois et tous les autres organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées cette année au cours des enquêtes des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

STATISTICAL SUMMARY

The total number of accidental and violent deaths in the Province during the year was 342, a significant decrease over the previous years total of 444.

In addition there were 1,495 other deaths investigated and found to have occurred as a result of natural causes.

Thus, as indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroner's System in New Brunswick was 1,842.

SOMMAIRE STATISTIQUE

Le nombre total de morts accidentelles et violentes dans la province en 1983 a été de 342, une diminution sensible par rapport aux 444 de l'année précédente.

En outre, 1,495 autres décès ont fait l'objet d'une enquête et se sont révélés avoir des causes naturelles.

Ainsi, comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés aux coroners du Nouveau-Brunswick et sur lesquels ceux-ci ont fait enquête s'élevait à 1,842 pour l'année.

SCHEDULE "A" 1983
TABLEAU "A" 1983

	No. of Deaths *Nombre de décès*	Autopsies Performed *Autopsies*
Motor Vehicle Accidents/*Accidents de véhicules à moteur*	108	61
Bicyclists/*Accidents de bicyclettes*	3	2
Pedestrians/*Piétons morts accidentellement*	17	9
Drowning/*Noyades*	20	10
Airplane/*Accidents d'avion*	2	2
Farm Accidents/*Accidents à la ferme*	1	1
Firearm Accidents/*Accidents d'armes à feu*	3	3
Homicides/*Homicides*	10	10
Industrial/*Accidents du travail*	7	3
Suicides/*Suicides*	105	64
Fire/*Incendies*	15	13
Crib Death/*Morts subites d'enfants sans cause apparente*	20	15
Snowmobile/*Accidents de motoneiges*	3	0
Other/*Autres*	33	19
Natural Causes/*Morts naturelles*	1,495	455
TOTAL	1,842	667

Indicated in Schedule "B" hereunder are comparative figures for accidental and violent deaths for the years 1979 through 1983.

Le tableau "B" ci-dessous présente des données comparatives pour les morts accidentelles et violentes de 1979 à 1983.

SCHEDULE "B" 1983
TABLEAU "B" 1983

	1979	1980	1981	1982	1983
Motor Vehicle Accidents/*Accidents de véhicules à moteur*	210	181	146	176	108
Bicyclists/*Accidents de bicyclettes*	5	7	6	2	3
Pedestrians/*Piétons morts accidentellement*	44	43	40	26	17
Drowning/*Noyades*	42	43	37	33	20
Airplane/*Accidents d'avion*	5	6	0	1	2
Farm Accidents/*Accidents à la ferme*	5	4	4	8	1
Firearm Accidents/*Accidents d'armes à feu*	4	6	5	1	3
Homicides/*Homicides*	10	10	15	13	10
Industrial/*Accidents du travail*	14	11	7	10	7
Suicides/*Suicides*	90	83	67	91	105
Fire/*Incendies*	27	31	17	16	15
Crib Death/*Morts subites d'enfants sans cause apparente*	19	21	17	9	20
Snowmobile/*Accidents de motoneiges*	4	5	2	2	3
Other/*Autres*	62	79	57	56	33
TOTAL	541	530	419	444	347

INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

A brief summary of the 15 inquests held during 1983 follows.

1. On January 19 an inquest was held in Sussex into the death of an eighteen year old male which occurred in November of 1982. The Coroner's Jury found that the individual died as a result of accidental drowning. No recommendations were made by the jurors.

2. On January 27 an inquest was held in Doaktown into the deaths of two young adults which occurred in June of 1982 at Ludlow. The individuals had been thrown from a motor vehicle on impact in a single accident. The Coroner's Jury found that the deaths resulted from the accident and recommended that the highway be straightened at this particular area and that seat belt law be enforced in order to save lives.

3. On February 22 an inquest was held in Dalhousie into the death of an adult male which occurred in November of 1982 at the N.B. International Paper

ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

Voici un bref résumé des 15 enquêtes qui ont eu lieu dans la province en 1983.

1. Une enquête a été menée le 19 janvier à Sussex suite au décès d'un jeune homme de dix-huit ans survenu en novembre 1982. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte accidentellement par noyade et n'a fait aucune recommandation.

2. Une enquête a été menée le 27 janvier à Doaktown suite au décès de deux jeunes survenu en juin 1982 à Ludlow. Les victimes ont été projetées hors d'un véhicule à moteur lors d'un accident impliquant un seul véhicule. Le jury du coroner a conclu que ces dernières étaient mortes des suites de l'accident. Il a recommandé de refaire la route en éliminant les tournants à cet endroit précis et de mettre en vigueur la loi sur le port de la ceinture de sécurité afin de sauver des vies.

3. Une enquête a été menée le 22 février à Dalhousie suite au décès d'un homme survenu en novembre 1982 à l'usine de la N.B. International Paper Ltd. à

Ltd. operation at Dalhousie. The accident occurred during an attempt to lift a twenty-two ton tugboat from the water by means of a crane. The tugboat slipped during the manoeuvre causing the crane to topple over killing the operator who had jumped from the machine. The Coroner's Jury found that the death was caused by negligence on the part of the employer and made the following recommendations: 1) that the recommendations of the safety supervisor for the N.B. International Paper Ltd. and the representative of the Health and Safety Department be adhered to; 2) that communications should be improved between employees and supervisory personnel; and 3) that documentation signed by employees and the employer be clearly defined.

4. On March 10 an inquest was held in Newcastle into the death of an adult male which occurred in a Moncton Hospital in December 1982 as a result of a fall sustained at the Ebb Tide Club in Newcastle. The Coroner's Jury found that the individual died as a result of a fall from a set of stairs at the Club and made the following recommendations: 1) that the set of stairs in question should be used as an emergency exit only; and 2) that the handrail be extended to the bottom of the stairs and a more suitable platform be installed at the bottom of the stairs.

5. On April 12 an inquest was held in Moncton into the death of an adult male which occurred in a special care home in January at Richibucto. The Coroner's Jury considered the use of a restraining device involved in the death and found that the death was probably accidental. The following recommendations were made by the Coroner's Jury: 1) that immediate enforcement be made by the Department of Social Services of previous instructions issued concerning patient restraint and safety vests; 2) that special care homes should have 24 hour a day supervision with a qualified staff of eight hours shift; 3) that the Department of Social Services should give appropriate funding; 4) that in this case the deceased individual was more than level one care and that the assessment process be totally revised; 5) that the Department of Social Services should make sure that any written material sent to special care homes relating to restraint and safety vests be understood properly by the staff; 6) that the Act and Regulations for special care homes should be immediately processed by the Legislative Assembly; and 7) that the staff of inspection should be increased per region in order that at least twice a year the special care homes can be inspected to make sure rules and regulations are followed.

The recommendations were forwarded to the Department of Social Services. The Department replied that as a result of previous concern expressed by the cor-

Dalhousie. L'accident s'est produit alors que la victime essayait de soulever un remorqueur de vingt-deux tonnes de l'eau à l'aide d'une grue. Le remorqueur a glissé pendant la manoeuvre, faisant ainsi basculer la grue qui s'est écrasée sur l'opérateur qui était descendu de la machine. Le jury du coroner a conclu que le décès de la victime avait été causé par une négligence de la part de l'employeur et il a fait les recommandations suivantes: 1) respecter les recommandations faites par le surveillant responsable de la sécurité à la N.B. International Paper Ltd. et par le représentant du service relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail; 2) améliorer la communication entre les employés et les supérieurs; et 3) bien définir les documents signés par les employés et l'employeur.

4. Un enquête a été menée le 10 mars à Newcastle suite au décès d'un homme survenu dans un hôpital de Moncton en décembre 1982 en raison d'une chute subie au Ebb Tide Club à Newcastle. Le jury du coroner a conclu que la victime était décédée des suites d'une chute dans un escalier du club et a fait les recommandations suivantes: 1) utiliser l'escalier en question seulement en cas d'urgence; et 2) prolonger la rampe jusqu'au bas de l'escalier et installer une plate-forme mieux appropriée au bas de ce dernier.

5. Une enquête a été menée le 12 avril à Moncton suite au décès d'un homme survenu dans un foyer de soins spéciaux en janvier à Richibouctou. Le jury du coroner a examiné l'utilisation d'un dispositif aux sangles de maintien ayant rapport avec le décès de la victime et a conclu que ce dernier était probablement accidentel. Il a fait les recommandations suivantes: 1) le ministère des Services sociaux devrait mettre en vigueur immédiatement les instructions données auparavant concernant les sangles de maintien et les gilets de sécurité; 2) les foyers de soins spéciaux devraient charger un personnel qualifié d'assurer une surveillance constante selon des quarts de huit heures; 3) le ministère des Services sociaux devrait accorder des subventions appropriées; 4) il faudrait réexaminer totalement le processus d'évaluation car dans le cas actuel, la victime nécessitait plus que des soins du niveau un; 5) le ministère des Services sociaux devrait veiller à ce que tout document écrit envoyé aux foyers de soins spéciaux concernant les sangles de maintien et les gilets de sécurité soit bien compris par le personne; 6) l'Assemblée législative devrait examiner immédiatement la loi et les règlements sur les foyers de soins spéciaux; et 7) il faudrait augmenter le personnel chargé de l'inspection dans chaque région afin que les foyers de soins soient inspectés au moins deux fois par année pour veiller à l'application des règlements.

Ces recommandations ont été envoyées au ministère des Services sociaux. Le ministère a répondu que suite

oner's office in this matter major steps had been taken to improve safety aspects, and that a majority of the recommendations had already been considered. In particular, the response of the Department was that: 1) operators were already aware of the Department's clear and specific prohibition against restraining devices; 2) a 24 hour a day supervision of low-level care residence by qualifed eight-hour shifts is not supported by professionals active in the field nor economically feasible; 3) the Department does not have and does not expect to have, funds for a major increase in adult residential funding in the near future; 4) while the adult residential facilities under discussion are intended for adults in need of non-medical care, the entire area of assessment and specific services is under review; 5) every reasonable effort will be made to ensure directives are understood; 6) the regulatory process is in progress; 7) eight positions have been added to central office in the inspection section and major strides have been made in the overall development of the inspection service.

6. On April 27 an inquest was held in Bathurst into the death of an adult male which occurred in the police cells in Bathurst in March of 1983. The Coroner's Jury found that the individual came to his death as a result of self inflicted hanging within the cell by tying his shirt to cell bars and dropping off the cell bench. The following recommendations were made by the Coroner's Jury: 1) there should be a cell monitor in the lunch room and 2) the cell monitor should be checked on a regular basis by an officer assigned particularly with this responsibility. The Chief of Police for Bathurst implemented the second recommendation and has indicated the first recommendation was studied but found to be impracticable.

7. On May 19 an inquest was held in Saint John into the death of an adult male which occurred during a canoe accident in early May, 1983. The Coroner's Jury found that the individual died as a result of accidental drowning when he fell from the canoe being unable to swim and being without a lifejacket. No recommendations were made by the jurors.

8. On June 7 an inquest was held in Welshpool into the death of an adult male which occurred in Machias, Maine Hospital in February 1983 as a result of a motor vehicle accident at Wilson's Beach, Campobello. The Coroner's Jury found that the death occurred as a result of massive cerebral laceration and hemorrhage, the injuries being received in the accident. The accident was found to have been caused by inclement weather, bad road conditions and the overall geography of the area. The Coroner's Jury recommended that there be: 1) an improvement of

aux inquiétudes dont le bureau du coroner lui avait déjà fit part à ce sujet, des mesures importantes avaient été prises pour améliorer l'aspect de la sécurité et que la majeure partie de ces recommandations avaient déjà été prises en considération. Notamment, le ministère a indiqué que: 1) les directeurs des foyers étaient déjà au courant de l'interdiction claire et précise du ministère en ce qui concerne l'utilisation des dispositifs de contrainte; 2) les professionnels du domaine n'appuient pas la création d'un service de surveillance constante assuré par un personnel qualifié selon des quarts de huit heures dans les résidences pour patients requérant peu de soins et la création d'un tel service s'avère impraticable sur le plan économique; 3) le ministère ne dispose pas, et ne prévoit pas disposer, des fonds nécessaires pour augmenter considérablement les subventions accordées aux résidences pour adultes dans un avenir rapproché; 4) bien que l'on discute actuellement de la création de résidences à l'intention des adultes nécessitant des soins non médicaux, le domaine complet de l'évaluation et des services précis est à l'étude; 5) tous les efforts possibles seront faits pour assurer que les directives sont comprises; 6) le processus de réglementation est en cours; 7) huit postes ont été créés au bureau central dans la section de l'inspection et des démarches importantes ont été entreprises au niveau de l'agrandissement d'ensemble de ce service.

6. Une enquête a été menée le 27 avril à Bathurst suite au décès d'un homme survenu dans les cellules de la police à Bathurst en mars 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime s'était pendue à l'intérieur de sa cellule en attachant sa chemise aux barreaux et en sautant en bas du banc. Le jury a fait les recommandations suivantes: 1) il faudrait installer un récepteur de contrôle dans la salle à manger et 2) un agent chargé de cette responsabilité précise devrait vérifier le récepteur de contrôle régulièrement. Le chef de la police de Bathurst a mis la seconde recommandation en pratique et a précisé que la première avait été étudiée, mais qu'elle s'était avérée impraticable.

7. Une enquête a été menée le 19 mai a Saint-Jean suite au décès d'un homme survenu au cours d'un accident de canot au début mai 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime s'était noyée accidentellement lorsqu'elle était tombée du canot étant donné qu'elle ne pouvait pas nager et ne portait pas de gilet de sauvetage. Le jury n'a fait aucune recommandation.

8. Une enquête a été menée le 7 juin à Welshpool suite au décès d'un homme survenu en février 1983 dans un hôpital de Machias au Maine en raison d'un accident de voiture qui s'est produit à Wilson's Beach à Campobello. Le jury du coroner a conclu que la vic-

the road surface; and 2) an elimination of curves and straightening of the highway and an elimination or decrease of grades either by fill or a bridge. The Department of Transportation responded that while the corrective action in respect to improvement of the road surface was completed, that it was not economically feasible to upgrade roads of this type to high capacity standards.

9. On July 6 an inquest was held in Bathurst into the death of an adult male which occurred in a Quebec City Hospital in May, 1983 as a result of a level crossing accident at Belledune on Highway 11 on October 9, 1982. The Coroner's Jury found that the individual came to his death as a result of a car/train accident and because he was unfamiliar with this particular section of the highway and because of the dangerous layout of the highway. The recommendations of the Coroner's Jury were that: 1) the passing zone of this section of highway be eliminated; 2) that the highway be made to two lanes; 3) that the speed limit be reduced to 60 kmh from 90 kmh in that part of the highway; 4) that trees in a northerly and southerly direction of the railway crossing be removed for a distance of one half mile from the centre of the highway; 5) that the present flashing lights of the railroad be changed to the overhead flashing of lights system; 6) that additional signs indicating a dangerous railway crossing be placed six-tenths of a kilometre north and south of Highway 11; and 7) that the construction of an overpass would render all the recommendations unnecessary. The Department of Transportation reported that since the inquest was held, an order was given by the Canadian Transport Commission (with a twelve month time limit for completion) to improve the protective devices at the crossing by the addition of cantilever structures. The Department has installed larger signs at the crossing to warn motorists of the crossing. There are only two lanes now at the crossing and passing is not permitted. The Department indicated that it was not advisable to reduce the speed limit as recommended and that an overpass cannot be financially justified because the section will eventually be bypassed when Highway 11 is rebuilt between Belledune and Charlo.

10. On August 3 an inquest was held in Moncton into the death of an adult male which occurred in the Federal Penitentiary at Dorchester in February in 1983. The Coroner's Jury found that the individual came to his death as a result of suicide effected by strangulation by means of a sheet attached to a bar around the cell. The Jury indicated that the event was complicated by a heart seizure at the time of the suicide. The recommendation of the Coroner's Jury was that the Federal Department of Correctional Services review and reassess the need for a penal

time a succombé à des lacérations et à une hémorragie cérébrales massives dues aux blessures subies lors de l'accident. Il a été conclu que les causes de cet accident étaient les mauvaises conditions météorologiques, le piètre état des routes et la géographie d'ensemble de la région. Les recommandations du jury du coroner étaient les suivantes: 1) améliorer la surface de la route; et 2) refaire la route en éliminant les tournants et en éliminant ou en atténuant les pentes soit au moyen de remblais ou d'un pont. Le ministère des Transports a répondu que des correctifs avaient été appliqués en ce qui a trait à l'amélioration de la surface de la route, mais qu'il était économiquement impossible d'améliorer des routes de ce genre de façon à obtenir des conditions idéales.

9. Une enquête a été menée le 6 juillet à Bathurst suite au décès d'un homme survenu dans un hôpital de la ville de Québec en mai 1983 à cause d'un accident qui s'est produit à un passage à niveau sur la route il à Belledune le 9 octobre 1982. Le jury du coroner a conclu que la victime était décédée des suites de l'accident impliquant une voiture et un train. Il a également conclu que l'accident s'était produit parce que la victime ne connaissait pas ce traonçon précis et parce que le tracé de la route était dangereux. Les recommandations du jury étaient les suivantes: 1) interdire aux automobilistes se doubler sur ce tronçon de la route; 2) diviser la route en deux voies; 3) réduire la limite de vitesse de 90 km/h à 60 km/h sur cette partie de la route; 4) arracher les arbres au nord et au sud du passage à niveau sur une distance d'un demi-mille à partir du centre de la route; 5) remplacer les feux clignotants actuels du chemin de fer par un système de clignotants aériens; 6) placer d'autres panneaux de signalisation pour indiquer l'approche d'un passage à niveau dangereux à six dixièmes de kilomètre au nord et au sud de la route 11; et 7) remplacer toutes ces recommandations par la construction d'un passage supérieur. Le ministère des Transports a indiqué que depuis la tenue de cette enquête, la Commission canadienne des transports lui a donné l'ordre d'améliorer les dispositifs de protection au passage à niveau grâce à l'installation de constructions en encorbellement (avec un délai d'exécution de douze mois). Le ministère a placé de plus grands panneaux au passage à niveau afin d'avertir les automobilistes. Il n'existe plus que deux voies maintenant et il est interdit de doubler. Le ministère a précisé qu'il n'était pas conseillé de réduire la limite de vitesse tel qu'on le lui a recommandé et qu'il est financièrement impossible de construire un passage supérieur étant donné qu'il faudra finir pas contourner ce trançon lorsque la route il sera reconstruite entre Belledune et Charlo.

10. Une enquête a été menée le 3 août à Moncton suite au décès d'un homme survenu au pénitencier

psychiatric hospital in Atlantic Canada. The Solicitor General of Canada replied that the matter of such a hospital had been studied in the late 1970's and because of cost consequences alternative arrangements were made for psychiatric services. Presently the matter is once again under review in the entire Correctional Service and particularly to those services in the eastern area. The Solicitor General also noted that in our present economic climate the funding of inmate programs must be weighed against what is available to the community.

11. On September 19 an inquest was held in Fredericton into the death of an adult female which occurred in April of 1983 at Island View on the Trans Canada Highway. The Coroner's Jury found that the death resulted from injuries received in a car accident involving the vehicle driven by the individual and one driven by a constable of the New Brunswick Highway Patrol. The recommendations of the Coroner's Jury were that: 1) the Highway Patrol examine existing policy on communications with control dispatch as there appears to be a definite need for improved communication between i) dispatchers and officers in the field; and ii) between the officers in the field themselves with a further recommendation that in the future all accident reports should be monitored by the dispatcher; 2) emergency vehicles when responding to accidents not exceed the posted speed limit by more than 20 kmh above the posted speed limit under any conditions. The Department of Justice replied that the first recommendation had resulted in an examination and revision of policy and communications by the New Brunswick Highway Patrol to reflect the content of the recommendation. The feasibility of implementing the second recommendation is presently under consideration by the Department. Although a number of police forces, including the R.C.M.P. revised their policies as a result of the recommendation, there is a general reluctance within the police community in the Province to wholesale adoption of the recommendation as a legislative enactment.

12. On October 12 an inquest was held in Edmundston, into the death of an adult male which occurred in August, 1983. The Coroner's Jury found that the individual died of gunshot wound and indicated the death was purely accidental. No recommendations were made by the jurors.

13. On November 29 an inquest was held in Hampton into the death of an adult male which occurred in early November, 1983 at a Saint John Hospital as a result of a gunshot wound sustained during a hunting accident. The Coroner's Jury found that the deceased was accidently shot by a rifle discharged by a named individual. The recommendations of the Cor-

fédéral de Dorchester en février 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime s'était suicidée par étranglement au moyen d'un drap attaché à un barreau de sa cellule. Le jury a indiqué que l'homme en question avait été pris d'une crise cardiaque au moment du suicide, ce qui a compliqué la situation. Selon les recommandations du jury, les services correctionnels du gouvernement fédéral devraient examiner et réévaluer la nécessité d'un hôpital psychiatrique à l'intention des prisonniers dans les provinces de l'Atlantique. Le solliciteur général du Canada a répondu que cette question avait été étudiée à la fin des années 1970 et qu'en raison des coûts que la construction d'un tel hôpital entraînerait, des dispositions de rechange avaient été prises dans le domaine des services psychiatriques. À l'heure actuelle, cette question est encore une fois à l'étude au sein des services correctionnels et particulièrement en ce qui concerne ces services dans l'Est. Le solliciteur général a également indiqué qu'en raison des conditions économiques actuelles, il faut déterminer ce que les localités ont à offrir avant de subventionner des programmes à l'intention des détenus.

11. Une enquête a été menée le 19 septembre à Fredericton suite au décès d'une femme survenu en avril 1983 à Island View sur la route transcanadienne. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites de blessures subies lors d'un accident impliquant le véhicule que cette dernière conduisait ainsi que celui d'un agent de la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick. Les recommandations du jury étaient les suivantes: 1) que la patrouille routière examine la politique actuelle sur les communications avec le bureau de répartition car il semble exister un besoin net d'amélioration des communications i) entre les répartiteurs et les agents sur le terrain; et ii) entre les agents sur le terrain eux-mêmes; et également qu'à l'avenir, le répartiteur contrôle tous les rapports d'accident; 2) qu'en se rendant sur les lieux d'un accident, les véhicules d'urgence ne dépassent sous aucun prétexte de plus de 20 km/h la limite de vitesse indiquée. Le ministère de la Justice a répondu que la première recommandation avait amené la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick à réexaminer la politique sur les communications afin de se conformer à cette recommandation. Le ministère examine actuellement la possibilité d'appliquer la seconde recommandation. Bien qu'un certain nombre de corps de police, y compris la G.R.C., aient réexaminé leur politique suite à cette recommandation, la communauté policière de la province est en général peu disposée à ce que cette mesure soit adoptée systématiquement par la législature.

12. Une enquête a été menée le 12 octobre à Edmundston suite au décès d'un homme survenu en août 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime

oner's Jury were: 1) that the appropriate government department prohibit any hunting after the established hour of sunset; and 2) the distance from any dwelling from which a firearm may be discharged be increased. The Department of Natural Resources has the recommendations under consideration.

14. On December 8 an inquest was held in St. Quentin into the death of an adult male which occurred in October, 1983. The Coroner's Jury found that the individual died as a result of heart problems and that although the death was accidental the deceased was to some extent the author of his own misfortune in that he engaged in a strenuous activity with knowledge of his precarious state of health.

15. On December 9 an inquest was held in Saint John into the death of an adult male which occurred in October, 1983. The Coroner's Jury found that the individual died as a result of injuries received from his fall from the New Brunswick Telephone/ Brunswick Square Building. The fall was caused by the failure of his safety devices and the break in his working line. The Coroner's Jury recommended that: 1) the safety belt employing the mechanical breaking device should become a mandatory device. This the jury felt would eliminate a lot of human error due to lack of information and training; and 2) rental companies should have their equipment regularly inspected. The Occupational Health and Safety Commission forwarded the recommendations to the appropriate program managers and to their legislative review committee for consideration.

était morte après avoir reçu un projectile d'arme à feu et il a indiqué que son décès était purement accidentel. Le jury n'a fiat aucune recommandation.

13. Une enquête a été menée le 29 novembre à Hampton suite au décès d'un homme survenu au début du mois de novembre 1983 à un hôpital de Saint-Jean en raison d'une blessure par projectile d'arme à feu subie lors d'un accident de chasse. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte après avoir reçu une balle de fusil tirée accidentellement par une personne dont on connaît l'identité. Les recommandations du jury étaient les suivantes: 1) que le service gouvernemental approprié interdise toute activité de chasse après l'heure établie du coucher du soleil; et 2) que l'on augmente la distance d'une habitation à l'intérieur de laquelle il est interdit de faire partir une arme à feu. Le ministère des Ressources naturelles examine actuellement ces recommandations.

14. Une enquête a été menée le 8 décembre à Saint-Quentin suite au décès d'un homme survenu en octobre 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites de problèmes cardiaques et que bien que son décès fut accidentel, la victime était responsable dans une certaine mesure de son malheur étant donné qu'elle avait entrepris une activité exigeant de l'effort tout en étant consciente de son état de santé précaire.

15. Une enquête a été menée le 9 décembre à Saint-Jean suite au décès d'un homme survenu en octobre 1983. Le jury du coroner a conclu que la victime était morte des suites de blessures subies lors de sa chute de l'édifice du NBTel et du Brunswick Square. La victime est tombée parce que ses dispositifs de sûreté n'ont pas fonctionné et que la corde s'est cassée. Le jury a fait les recommandations suivantes: 1) il faudrait rendre obligatoire l'utilisation d'une ceinture de sécurité munie d'un dispositif de blocage mécanique; d'après le jury, cette mesure permettrait d'éliminer un grand nombre d'erreurs commises par les utilisateurs en raison d'un manque d'information ou de formation; 2) les compagnies oeuvrant dans le domaine de la location devraient faire vérifier leur matériel régulièrement. La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a fait parvenir des recommandations aux directeurs de programmes appropriés et à leur comité de révision législative à des fins d'examen.